

LA HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD



MARLON ROBLES DURÁN

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:

ESPECIALISTA EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

Director:

BLANCA AURORA PITA TORRES, MSc

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

FACULTAD DE HUMANIDADES Y PEDAGOGÍA

PROGRAMA ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

BOGOTÁ, 22 NOVIEMBRE DE 2019

LA HUMANIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD

THE HUMANIZATION OF THE HEALTH SERVICE

Marlon Cristian Robles Durán¹

¹ Terapeuta ocupacional, Universidad Nacional de Colombia; Estudiante Especialización en Docencia Universitaria, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: u1501448@unimilitar.edu.co

La prestación de servicios de salud en Colombia evidencia, desde hace algún tiempo, un fenómeno en el que el sistema ha dejado de atender las necesidades de las personas y ha favorecido, cada vez más, a intereses económicos; prima el aumento de capital sobre el bienestar y la calidad de vida de las personas, su salud física y mental. La presencia de la perspectiva humana en el servicio de salud parece reducirse cada vez más, en ocasiones, hasta casi desaparecer. Por esta razón, se hace imperativo que las ciencias humanas establezcan vínculos estrechos con las distintas áreas de la salud. Los servicios que favorecen el bienestar se humanizan cuando sus profesionales se forman desde las ciencias humanas durante su etapa de educación superior, esa es su raíz y el aprendizaje que se afianza en él tiene mayor posibilidad de perdurar durante el ejercicio profesional.

Es valioso conocer los antecedentes del sistema de salud colombiano actual, lo cual nos permitirá entender las raíces de diversos síntomas que evidencian su malestar, colocarnos frente a él y proponer alternativas para humanizarlo. Previo a la Constitución de 1991 y hasta 1993, año en que se legisla la ley 100, el desarrollo del sistema de salud colombiano puede dividirse en tres periodos. Según Orozco (2006), dichos periodos se definen por cambios importantes que se dieron en materia de salud. Para empezar, nos remitimos al periodo que va desde la Constitución de 1886 hasta 1950. Durante esta época, el régimen de salud se denominó como el «Modelo Higienista».

Según Quevedo (2005), este modelo inició en Europa en el siglo XIV, durante la aparición de la peste negra y planteó medidas preventivas donde no solo se consideró la higiene privada, en donde cada persona gestionaba sus condiciones de aseo, sino que además desarrolló el concepto de higiene pública, pasando de los controles individuales y abarcando la problemática desde una perspectiva social. De aquí que, cuando los españoles arribaron, es claro que «llegaron al continente americano no solo los conquistadores, las armas, los caballos, la lengua, la religión y los ideales y costumbres metropolitanas. También llegaron las enfermedades europeas» (Quevedo, 2005). Así, el abordaje de problemáticas de salud pública fue heredado del Viejo Continente y, a partir de 1886, este modelo en Colombia solo atendió asuntos de tipo sanitario; la prevención y tratamiento de enfermedades era pagado de forma privada o era asistida por asociaciones religiosas de caridad. Posteriormente, en 1945, se creó la Caja Nacional de Previsión, que favoreció a los empleados públicos. Un año después apareció el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, que se encargó de los empleados del sector privado.

El segundo periodo del desarrollo del sistema de salud colombiano, según Orozco (2006) inició a mediados del siglo XX y finalizó con la aparición de la Constitución de 1991. Este periodo se caracterizó por la creación del Sistema Nacional de Salud, el cual contaba con recursos estatales que eran distribuidos en una red de hospitales públicos. Al contar con un recurso económico proporcionado por el Estado, la salud fue incluida en la planeación económica general del país y se desarrolló un modelo de salud donde se reconocían tres actores: Estado, empleadores y empleados. Esta tríada desprotegió a los sectores más pobres de la sociedad. Finalmente, el tercer periodo del desarrollo del sistema de salud colombiano inició en 1991 con la aparición de la Carta Magna, donde se reconoció a la salud como un servicio público, reconocimiento que mantiene hasta la actualidad.

En el caso específico de la Terapia Ocupacional, su historia comienza con la aprobación del Acuerdo 4 de 1966 del Consejo Superior Universitario, que inaugura este programa en la Universidad Nacional de Colombia. Un año antes, una terapeuta estadounidense había iniciado procesos de intervención en rehabilitación en el hospital San Juan de Dios, primer lugar en Colombia donde se desarrollaron actividades de tipo ocupacional en pacientes con discapacidad psicosocial y física. Estas intervenciones fueron implementadas con el objetivo de humanizar, de cierta forma, el servicio de salud, buscando no curarlos de sus discapacidades, sino que, por medio de la ocupación con sentido, pudieran mejorar sus habilidades y fortalecer su independencia (Duarte, 2016).

El panorama de salud actual se enmarca en el sistema de salud concebido desde la Constitución de 1991, donde Colombia es declarada como un «Estado Social de Derecho que consagra la vida como un derecho fundamental e inviolable» (Const., 1991, art. 13). Esta disposición permite que el Estado contemple, dentro de su presupuesto, la provisión de servicios de salud pública para todos los colombianos y dar cuenta de lo planteado respecto a la vida como derecho fundamental. En pocas palabras, garantizar el servicio de salud es de obligatorio cumplimiento, como afirma este mismo documento:

La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. (Const., 1991, art. 48).

Tal afirmación se ratifica en el artículo 46 cuando señala: «La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.» (Const., 1991, art. 46).

Para las personas que pertenecemos a este gremio, era indudable que, posterior a la instauración de la ley 100 de 1993, el panorama de la salud en Colombia sería favorable, accesible y contaría con condiciones de atención dignas. Sin embargo, ha ocurrido lo contrario. Se evidencia un sistema de salud en decadencia y cada vez más enfermo. Procurando realizar un análisis objetivo desde el interior del sistema, iniciaré realizando una descripción de los regímenes del sistema, subsidiado y contributivo, posteriormente abordaré el ámbito de las Entidades Promotoras de Salud – EPS, para ofrecer un panorama actual del sistema del servicio de salud en Colombia.

En la actualidad, es posible reconocer algunas realidades que denotan el estado del sistema de salud colombiano. Por ejemplo, aunque el sistema de salud ofrece la prestación de servicios a personas de escasos recursos y estas refieren recibir algún servicio, constantemente aparecen diversidad de quejas al respecto: «casi no consigo la cita médica», «no me atendieron bien», «mi próxima cita de control está muy lejos», entre otras. Aunque las personas cuentan con el acceso y son atendidas en niveles básicos, el tratamiento con especialistas no es oportuno ni de calidad, es un servicio del cual se lamentan.

El régimen contributivo posee una situación similar, la diferencia radica en que la población favorecida con este tipo de servicio, es decir, los trabajadores, pagan por el servicio de salud. Cuando el trabajador es independiente, aporta un porcentaje de sus ingresos ya estipulado por la ley; cuando el trabajador es empleado, su empleador también aporta un porcentaje. Sin

embargo, también existen inconformidades acerca de la eficiencia de este régimen cuando los pacientes requieren un tratamiento o estudios avanzados para el seguimiento de enfermedades.

Ambos casos nos permiten inferir que el problema no radica en la existencia de instituciones públicas o privadas prestadoras de servicios de salud, sino que, cuando en ambos regímenes se solicitan estudios de mayor complejidad, valoraciones especializadas, así como procedimientos extensos y costosos, inicia un camino tortuoso que, en el peor de los casos, finaliza con la muerte de una persona por la omisión o incompetencia en el tratamiento médico. Dicha situación es de conocimiento público, y es justo aquí donde se empieza a distinguir la falta de sentido humano en el sistema de salud y el servicio de salud. La humanización desaparece y el servicio entra en decadencia.

Corresponde ahora cuestionar otra situación que atañe a los profesionales de salud que, en últimas, son el rostro del servicio ante el paciente. De acuerdo con un informe de la Organización Mundial de la Salud (2010) en su cuarto capítulo: «Los profesionales sanitarios se encuentran en el centro del sistema de salud y, generalmente, representan más o menos la mitad del gasto sanitario total de un país». Lo primero que vale la pena señalar es que un factor económico importante predomina detrás del servicio de salud y repercute directamente en la atención y la gestión de dichos servicios. Más adelante, en el mismo informe, se enuncia:

Si bien la escasez de personal sanitario suele ser un obstáculo importante para el fortalecimiento de la sanidad pública, la contratación inapropiada, la formación inadecuada, la mala supervisión y la mala distribución dentro de los países también socavan la eficiencia del sistema, mientras que una remuneración inadecuada conlleva una rotación

excesiva o el desgaste. El resultado inevitable de estos fallos combinados es la reducción de la productividad y del rendimiento (OMS, 2010).

Por lo tanto, es preciso admitir que, parte del problema tiene raíz en la remuneración de los profesionales y en su escasa capacitación antes y durante su vida laboral. Este factor cuenta con razones contundentes que podrían ser causales de la deshumanización del servicio de salud.

Un profesional, con asuntos personales, sean emocionales o afectivos, sumados a condiciones salariales injustas que difícilmente le permiten satisfacer sus necesidades básicas de vivienda, manutención, recreación y estudio, será un profesional que realice su labor por necesidad. Es posible que este conjunto de situaciones lo lleve a cumplir con lo estrictamente necesario o incluso con menos. Será un profesional sin las motivaciones internas o externas que se requieren para tratar a otros seres humanos desde las ciencias de la salud. Parece incuestionable que el factor económico afecte a todo nivel al sistema de salud.

Por otra parte, es lamentable que en este campo la corrupción también esté presente, no solo en Colombia sino a nivel mundial. El mismo *Informe sobre la salud en el mundo* de la OMS (2010), en el apartado 76 del cuarto capítulo, refiere que la corrupción y el despilfarro generan pérdidas al año del «10 al 25% del gasto sanitario público vinculado a la contratación (compra de los insumos necesarios, como medicamentos, equipos e infraestructuras)» y no solo eso, también se calcula que a los países con economías robustas «el fraude y otras formas de abuso en la asistencia sanitaria cuesta a los distintos gobiernos US\$ 12-23 mil millones al año» (2010). Estos precedentes señalan que, en la mayoría de los casos, los Estados disponen de recursos suficientes para mantener sistemas de salud eficaces, pero dichos recursos se desvían por malas

administraciones, el despilfarro y la corrupción. Todas estas observaciones demuestran que las presuntas causas de la falta de humanidad en los servicios de salud son variadas.

Por último, vale la pena repasar los modelos ejemplares de algunos países caracterizados por contar con los mejores servicios de salud. El último estudio realizado por la compañía norteamericana Bloomberg en 2018, que analizó alrededor de 200 economías a nivel mundial, dio a conocer los resultados del estudio titulado *The Economies With the Most (and Least) Efficient Health Care*. En dicho estudio se refieren algunos datos de importancia, como el puntaje de eficiencia del sistema de salud y la expectativa de vida, variables directamente relacionadas. Los tres primeros del listado fueron Hong Kong con 87.3 puntos de eficiencia y 84.3 años de expectativa de vida, Singapur 58.6 y 82.7 y finalmente, España con 69.3 y 82.8 respectivamente. Para este estudio, Colombia se ubicó en el puesto 52 con 36.8 de eficiencia y 74.2 de expectativa de vida. En el caso de los tres primeros países, cabe resaltar que no son las naciones con mayor inversión de su presupuesto nacional en el sistema de salud, a diferencia de Estados Unidos, uno de sus mayores inversores de su presupuesto en salud y que se encuentra en los últimos puestos.

A partir de esta información vale la pena preguntarse ¿cuál es el éxito de estos países para mostrarse eficientes en sus sistemas de salud? En Singapur, según reporta The New York Times, las personas realizan, por ley gubernamental, aportes altos que favorecen al sistema de salud. Además, han desarrollado una alianza con el sector privado para implementar un sistema de seguros de accidente, muerte o discapacidad que la mayoría de las personas paga. Sistema que, junto con un modelo de ahorro, le permite a esta nación contar con profesionales bien remunerados y centros hospitalarios mejor equipados con buenos resultados a bajos costos.

Conviene ahora, volver a considerar la situación de Hong Kong, la economía número uno en la lista de las más eficientes en servicios de salud. Aunque no es un país, es posible comparar su economía con la de grandes países, debido a su capacidad y por la calidad de vida que proporciona a sus habitantes. Estos motivos la convierten en un modelo a seguir. Todo Hong Kong es accesible, sus desplazamientos son breves, las personas prefieren tomar el metro que viajar en su carro particular y sus hospitales prestan atención universal para cualquier tratamiento. Estos elementos garantizan una atención humanizada en sus servicios de salud.

Hasta aquí he procurado presentar los antecedentes, la situación actual de los servicios de salud en Colombia y algunos modelos de salud eficientes en otras partes del mundo para considerar un panorama más amplio de la posible raíz de la condición de nuestro sistema de salud y su deshumanización. Sin embargo, es interesante notar que la mayoría de los informes y calificaciones en salud se basan en análisis fundamentados desde la economía, como el manejo de recursos e infraestructura. Lo que me queda por decir, y es tiempo de afirmarlo sin rodeos, es que una pista importante en la búsqueda de las razones del problema es la ausencia de las ciencias humanas a lo largo de los niveles gubernamentales y en la administración y gestión de los servicios de salud.

En la revisión de literatura e informes contemporáneos, es poco lo que se puede observar sobre la relación de eficiencia en los servicios de salud y las humanidades. En contraposición, siempre se referencia una interpretación desde el punto de vista económico para medir este tipo de servicios. Esta práctica no se aleja de la tendencia mundial: es común relacionar los indicadores de gestión y de administración desde la productividad económica con el bienestar. Esta afirmación no pretende demeritar el componente económico; este es un factor clave para el mejoramiento de los sistemas de salud y, de hecho, podría ser el primer paso para humanizar el servicio de salud.

Aquí es ineludible señalar que, es el profesional de la salud, el que asume el reto de trabajar en un medio tan polémico; es el que ejerce su profesión e implementa la creatividad necesaria para humanizar su labor y conseguir que las personas accedan a los distintos servicios médicos y, a pesar de las limitaciones del ejercicio, tengan la seguridad de que recibieron un trato respetuoso y el alivio de sus necesidades o la esperanza de estar en ese proceso.

Al hacer referencia al término *creatividad*, quiero expresar la precariedad con la que los profesionales de la salud coexistimos y las maneras cómo sobrellevamos el déficit de materiales o de recursos disponibles, y con los cuales ejercemos nuestro servicio. En el caso de la rehabilitación física y funcional, específicamente con las personas en condición de discapacidad, el material adecuado para valorar y realizar los procesos de intervención es muy escaso. Por tal razón, es necesario ser creativos para experimentar, innovar, inventar y emplear objetos y materiales de tipo artesanal que pueden adquirirse en una tienda de remates, de artículos chinos o en una ferretería.

El proceso de humanización de la salud inicia con el reconocimiento de nuestra historia, asumir nuestro papel como actores de gran importancia en este medio. Es necesario embarcarse en un fascinante viaje de autoconocimiento y autocomprensión que contribuya a moldear un carácter adecuado (Díaz, 2017). Porque es desde allí, desde el reconocimiento de nuestra historia, la historia del servicio de la salud y la del paciente, que es posible ofrecer un trato humanizado para el mejoramiento de la calidad en salud, facilitando el desarrollo de la persona en su proceso de rehabilitación por medio de un tratamiento e incluso una mejora integral en su independencia y calidad de vida. Por este motivo el presente ensayo expone la historia que permite reconocernos y analizar nuestra actualidad.

No podemos ser ajenos a la realidad de nuestro sistema de salud, debemos conocer su historia y reconocer que es posible infundir, con todo aquello que nos hace humanos, en un contexto totalmente deshumanizado. En pro de este propósito opino que, en mi caso personal, la formación de base que recibí en la universidad fue vital; haberme expuesto, por semestres completos, a materias propias del área de las ciencias humanas como la psicología genética, el psicoanálisis y la psicología deportiva, además de haber escogido materias como artes y neuropsicología, complementaron una visión íntegra en mi percepción del ser humano. Este crecimiento me permitió entender que, cuando una persona entra a mi consultorio, mi ejercicio profesional no se limita a realizar una valoración objetiva y determinar un tratamiento adecuado; también me hace consciente de que aquel paciente llega con una vida compleja, llena de matices, que su vida afuera de mi consultorio no es ajena a su condición actual y que, en ella, interactúa con su discapacidad o limitación. Desde ahí es donde puedo valorar a un ser humano, es desde ahí donde el profesional de la salud puede humanizar su ejercicio, siendo responsable de su historia y de la historia del paciente que nos enseña su complejidad.

El ejercicio práctico de las ciencias de la salud depende en gran medida de lo que se aprende durante la formación del pregrado. Nuestras profesiones obedecen a un método racional, descubrimos la naturaleza del ser humano, su fisiología y psicología, dimensiones tan particulares y universales a la vez, buscamos el bienestar de la persona para que sea un agente activo de la sociedad. Todo lo anterior se basa en un componente ético fundamental en el ejercicio profesional (Díaz, 2017). Los componentes formativos ofrecidos desde la universidad definen la hoja de ruta para el profesional, el discurso de Hipócrates en el caso de la medicina tiene la misma potencia en nuestros días como cuando fue pronunciado por primera vez. Para Jaeger citado por Díaz (2017), lo que hoy conocemos como tratados hipocráticos logran «una tendencia progresiva a dar a la vida

un giro técnico y a la creación de profesiones especiales que requieren una especialización basada en altos postulados espirituales y éticos y asequible solo a un número reducido de personas». Por lo tanto, podemos concluir:

La práctica médica, en tanto una *praxis* en sentido aristotélico, implica un conocimiento aplicado a fines y propósitos humanos y es por ello mismo una actividad cargada de valor que lleva implícito un *télos* de la vida buena. El que estén integrados los juicios médico, técnico y ético, refleja el carácter de la medicina hipocrática como saber práctico, como discurso que obra en la vida y la transforma (Pellegrino y Thomasma, citados por Díaz, 2017).

El panorama arriba expuesto es posible, pero su realización conlleva una polémica notable: un discurso que se convierta en una realidad verdaderamente. En la actualidad, los profesionales de la salud concuerdan en querer realizar su trabajo de forma humana, lo que nos permite inferir que el ideal del humanismo se encuentra presente en el deseo de estos profesionales. Pero algo sucede durante la prestación del servicio, porque los usuarios del sistema de salud confirman su deshumanización. De aquí la necesidad de pasar a los hechos y «un buen comienzo sería repensar los currículos y la orientación en los planes de estudio en las profesiones de la salud» (Díaz, 2017).

En la actualidad, las universidades que ofrecen programas académicos propios de las ciencias de la salud ofrecen algunas electivas o materias relacionadas con las ciencias humanas o las ciencias sociales. En el argot de los estudiantes, tales materias son reconocidas como *materias de relleno* o de *retazo* y son de carácter obligatorio para obtener la graduación. Ante esta realidad es necesario aclarar que las facultades de ciencias de la salud no necesariamente favorecen o apoyan el estudio de las humanidades.

Sugiero una alternativa, la cual consiste en elaborar un p nsum donde estas materias cuenten con un hilo conductor que les provea sentido. Esto evitaría que se perciban como saberes fragmentados entre sí y alejados de las ciencias médicas. Otra opción válida consistiría en que dichas materias pudieran llevarse a cabo de forma atractiva y dinámica y no como una clase magistral donde el docente expone un monólogo acerca de la importancia las ciencias humanas.

Es claro que una posibilidad de cambio tiene su raíz en la formación base del pregrado. Los directivos de las facultades pueden identificar el potencial que representa un estudiante activo en un pregrado de medicina o de una carrera terapéutica, estos estudiantes el día de mañana serán los que ejerzan la profesión indistintamente y al decir: *indistintamente*, me refiero a que, posiblemente, algunos se desempeñarán en campos de acción asistenciales, en contacto directo con los usuarios del servicio de salud; o desde cargos administrativos, que, aunque no tienen contacto con pacientes, sus decisiones impactarán directamente en la forma en que estos reciben el servicio, la calidad y los procesos de intervención.

De aquí me permito abordar otro tema y es que, si bien el sistema de salud poco a poco se ha deshumanizado, sumado al ambiente laboral y de remuneración, ha provocado que los profesionales, a pesar de sus altos niveles de formación, se conviertan en personas que poco a poco han hecho a un lado su formación humana y terminan viendo al paciente como un objeto o como un diagnóstico, incluso sin necesidad de conocer su nombre. Este ambiente, presente desde el ingreso mismo al mundo laboral, puede preverse y, desde el claustro universitario, podría ser posible tomar las medidas para mitigarlo. En él pueden analizarse los antecedentes y la realidad del sistema de salud para, de cierta forma, advertir las mencionadas contrariedades y cimentar las convicciones personales necesarias para ser un buen profesional.

Volvamos los ojos a las humanidades, a las ciencias sociales y al arte. Consideremos la riqueza que este conjunto de saberes puede ofrecer. Su estudio e interiorización dota a los profesionales de la salud de numerosas herramientas para identificar el sentido crítico de un contexto o de una situación. Su análisis nos permite desarrollar criterios para tomar posiciones claras y argumentadas frente a las experiencias de la cotidianidad y en el ejercicio profesional. De igual forma, favorecen una visión holística del ser humano, entendiéndolo no como un cúmulo de huesos, carne y un diagnóstico, sino también, como una persona con realidades familiares, contextos sociales, cargas emocionales y afectivas, que influyen incluso hasta en la manera de saludar y presentarse en una consulta o terapia. Estos elementos encaminan al profesional hacia un vínculo empático con la realidad del paciente, logran descentrar al médico o terapeuta, lo alejan de sus propios intereses y permiten el reconocimiento del otro, del que entra a consulta con el peso de su historia lejana o inmediata, historia que define su conducta. Es posible atender a un paciente con empatía hacia un ser humano completo y no a partes fragmentadas de un cuerpo, cerebro y diagnóstico, sino a alguien que es un universo complejo que asiste a consulta porque confía en el saber científico, experiencia y consejo de quien lo atiende en su consultorio.

Recogiendo lo mencionado a lo largo de este ensayo, asumiendo la posibilidad de que la formación profesional de los estudiantes de las ciencias de la salud pueda estar permeada por las humanidades, solo nos queda presentar y cuestionar los desafíos que debe enfrentar la universidad para alcanzar el modelo de salud que quisiéramos tener.

En primer lugar, un desafío consiste en comprender la realidad de la historia de las ciencias de la salud para no repetir los errores del pasado y, asimismo, favorecer la aparición de propuestas innovadoras en la atención de personas que son usuarias de los servicios de salud. La universidad deberá ser la pionera en contar la historia, entenderla y apropiarse de ella, no como un cuento que

se narra durante las primeras clases de los semestres iniciales, sino con la capacidad para ver la historia en su contexto, leerla, estudiarla y realizar análisis críticos de la misma.

Otro desafío consiste en formar personas que, apropiándose de su historia, también puedan conocer y entender la realidad actual del sistema de salud, sistema que regirá su vida laboral y el ejercicio de sus profesiones. De acuerdo con la lectura de la realidad, estos profesionales podrán establecer vínculos entre pasado y presente para construir un imaginario a futuro. La universidad puede, desde las ciencias humanas, favorecer el alcance de profundos niveles de reflexión sobre el quehacer profesional sustentado en la historia y el presente y que favorezcan un futuro más humano del servicio de salud.

Un tercer desafío consiste en que, una vez el estudiante se encuentre afianzado en una formación desde las humanidades, participe en la construcción de políticas y lineamientos que ayuden a humanizar el servicio. Si bien un profesional que atiende a sus pacientes de forma humana corre el riesgo de perder los sueños y las ganas de hacer un buen trabajo, para pasar a *hacer lo que me toca*, enmarcado en un contexto de desesperanza aprendida porque el sistema de salud deshumanizado restringe el quehacer profesional convirtiendo toda profesión de salud en un libreto inanimado del que no se puede salir, es aquí donde lo aprendido y reflexionado desde la universidad debe generar líderes en los gremios de la salud que procuren la formación de políticas públicas incluyentes, justas y que de verdad propendan al bienestar social de la población y de los profesionales de la salud, sin cortar las alas humanas con las que podemos elevar cada vez más nuestro servicio de salud. La reflexión crítica también nos debe permitir hacer conciencia de que en algún momento seremos usuarios del servicio de salud y podremos vivir esta deshumanización por ignorado nuestro papel y la posibilidad de ser agentes políticos en la sociedad.

Para continuar relacionado el tema de este ensayo con los desafíos durante la formación profesional, considero firmemente que también debemos analizar el currículo como factor determinante de la humanización de los estudiantes. Es importante fundamentarlo como una herramienta que dé cuenta de las necesidades de los estudiantes, proponga criterios pedagógicos y didácticos y facilite la construcción del conocimiento y la asimilación de este para el aprendizaje vitalicio.

El currículo como una mediación en la vida del estudiante. Para que no solo las áreas técnicas, sino las humanidades sean un factor clave a la hora de formar profesionales. La universidad tiene el reto de desarrollar programas curriculares atravesados por las humanidades, incluso acompañados del arte y de las ciencias sociales. Evitar que las humanidades se conviertan en un mero requisito, sino que, sean materias articuladas con las demás y mantengan una influencia humanista durante todo el proceso de formación del profesional.

Hoy en día, un estudiante de ciencias de la salud se ve sometido a extensas horas de clase, estudio y trabajo que concluyen en exámenes parciales y finales dentro de la escuela tradicional para ingresar, finalmente, a sitios de práctica donde, en el mejor de los casos, puede acercarse a la realidad del sistema y del quehacer profesional. Así, es posible inferir que el currículo puede constituirse como un agente vital para definir la formación de los futuros profesionales de la salud.

Asimismo, al abordar la dimensión curricular de los programas académicos, también es posible debatir los procesos de evaluación, relacionados directamente con el currículo. Una estrategia adecuada para fomentar una reforma curricular que cuente con la transversalidad a las humanidades, consiste en emplear formas de evaluación como la formativa, la cual se compromete con un aprendizaje real por medio del seguimiento, mejora y evaluación. Este sería el complemento

ideal para el currículo y facilitaría la construcción del aprendizaje y aseguraría la interiorización y análisis crítico de las humanidades en el contexto de la salud desde la universidad.

Antes de concluir, es claro que mi intención era llamar la atención sobre la humanización del servicio de salud, repasando sus antecedentes históricos, siguiendo con una exposición de su estado actual, dando paso a la idea de que la salud se humaniza desde la universidad, para terminar enunciando algunos desafíos desde el alma mater que nos dirija hacia el modelo de salud que quisiéramos tener. Así, al terminar este recorrido de ideas y argumentos, puedo asegurar que nuestro país cuenta en la actualidad con un sistema de salud enfermo, alejado del principio original de las ciencias de la salud, y sin embargo, no todo está perdido; aún tenemos la posibilidad de mejorar y trabajar fuerte por la humanización del servicio de salud con profesionales comprometidos con su quehacer, que no permitan que el sistema deforme sus ideales y que desde la universidad se planteen un desafío importante: iniciar un cambio que repercuta en la formación desde las ciencias humanas a conciencia, con sentido crítico y reflexivo, para que, de esta forma, en un par de generaciones se vean los resultados. Un servicio de salud más humano, ejemplo y punto de referencia de humanismo en el mundo, evidencia de la evolución positiva del servicio de salud por parte de los profesionales fundamentados en las ciencias humanas desde la universidad.

Referencias

- Acuerdo 4 «Por el cual se crean las carreras de Terapia Física, Terapia Ocupacional y Terapia del Lenguaje de la Facultad de Ciencias de la Salud»* (1966).
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Sitio web de Universidad Nacional de http://www.legal.unal.edu.co/rlunal/home/doc.jsp?d_i=63207
- Constitución Política de Colombia*. (1991). Rama Judicial, República de Colombia, Bogotá, Colombia. Sitio web de Corte Constitucional:

<http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>

Díaz, E. (2017). *La humanización de la salud. Conceptos, críticas y perspectivas*. Pontificia Universidad Javeriana.

----- (2017). Epílogo - Sobre historia de la medicina y la educación médica. En *La humanización de la salud. Conceptos, críticas y perspectivas* (pp. 397-412). Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

Duarte, C. F. (2016). Precursores de la Terapia Ocupacional en Colombia: sujetos, instituciones, oficios. *Revista Ocupación Humana*, 16 (2), 93-109.

Hernández, M. J. (2013, julio-septiembre). El humanismo y la relación médico-paciente. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 42(3), 255-257. Sitio web de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000300001&lng=es&tlng=es.

Morales, R., Mas Bermejo, P., Castell-Florit, P., Arocha, C., Valdivia, N., Druyet, D. & Menéndez, J. (2018). Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1-8. Sitio web de The National Center for Biotechnology Information: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6385798/>

Núñez, J. M. (2018, mayo-junio). Humanización de la medicina, medicina humanizada, medicina humanista: ¿de qué estamos hablando? *Revista Educación Médica*, 19(3), 131-132. Sitio web de Science Direct: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318301529?via%3Dihub>

Organización Mundial de la Salud (2010). *Informe sobre la salud en el mundo*. Sitio web de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/whr/2010/es/>

Orozco, J. M. (2006). *Caracterización del mercado del aseguramiento en el Régimen Contributivo en Colombia*. Eumed.

Ousager, J., & Johannessen, H. (2010). Humanities in Undergraduate Medical Education: A Literature Review. *Academic Medicine*, 85(6), 988-998. Sitio web de Academic Medicine https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2010/06000/Humanities_in_Undergraduate_Medical_Education__A.22.aspx

Quevedo, E. (2005). El Modelo Higienista en el “Nuevo Reyno de Granada” Durante los siglos XVI Y XVII. *Revista Facultad de Medicina Universidad Nacional de*

Colombia, 53(1), 46-52. Sitio web de Revistas Universidad Nacional
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/43524>

Salas, F. (2015, enero-junio). La bioética y el rol del docente universitario en la formación del enfermero. *Revista Colombiana de Bioética*, 10(1), 102-116. Sitio web de Redalyc: <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189242405008.pdf>

Sánchez, M. Á. (2017, julio-septiembre). El humanismo y la enseñanza de las humanidades médicas. *Educación Médica*, 18(3), 212-218. Página web de Science Direct:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181317300463>

Solórzano, F. X. (1997). El sistema de salud del Canadá y su financiamiento. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1(3), 180-185. Sitio web de Scielo:
<https://www.scielo.org/article/rpsp/1997.v1n3/180-185/>

These Are the Economies With the Most (and Least) Efficient Health Care. (2018). Sitio web de Bloomberg: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top>